

Mariagerfjord kommune
Att. Myndighed og Visitation
Himmerlandsgade 9
9560 Hadsund

Vedr: Skift af leverandør

Jeg ønsker at skifte leverandør af

___ Personlig pleje

___ Praktisk hjælp

Navn: _____

Adresse: _____

CPR nr.: _____

Fremover ønsker jeg at modtage den visiterede hjælp fra Jysk hjemmepleje ApS

Jeg er bekendt med, at der kan være 4 ugers opsigelse fra den dag, visitationsafdelingen modtager denne blanket.

Dato: _____ Underskrift: _____